

Determinazione Dirigenziale del Responsabile della S.S.D Formazione

N. 1519

del 28.09.2021

Oggetto: Aggiornamento obbligatorio, Dirigente Medico Dott. ssa Romina Matto.
PDTD/2021/1561

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 28.09.2021 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione

S.S.D. Affari Generali Ufficio Delibere

La presente Determinazione Dirigenziale prevede un impegno di spesa a carico dell' Azienda Ospedaliera Brotzu

SI NO

Il Responsabile della SSD Formazione

- Visto** il D. Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni;
- Viste** le Leggi Regionali n. 10/2006 e n. 05/2007;
- Vista** la Deliberazione n. 1811 del 07.08.2019, con la quale il Commissario Straordinario ha conferito delega al Responsabile della SSD Formazione alla predisposizione delle Determinazioni Dirigenziali;
- Vista** la comunicazione Prot. n° 7792 del 10/9/2021, con la quale il Direttore del Dipartimento di Emergenza Urgenza ha fatto richiesta di comando obbligatorio per aggiornamento in favore del Dirigente Medico Dott. ssa Romina Matto;
- Ritenuto** di dover autorizzare la partecipazione della Dott. ssa Romina Matto all'evento formativo dal titolo: "XXVI congresso nazionale ESRAITALIAN CHAPTER; buone pratiche cliniche" che si terrà a Roma dal 13/11/2021 al 14/11/2021, per un importo presunto complessivo di € 740,00 (settecentoquaranta euro) come da documentazione agli atti di questa SSD;
- Considerato** che tale spesa ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio – fondo Dirigenza Medica – Dipartimento Emergenza Urgenza - fondi di struttura 2021, di cui risulta verificata la copertura finanziaria e che la liquidazione dei costi sostenuti dovrà essere effettuata previa trasmissione a cura del dipendente ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione all'evento formativo;

segue Determinazione n. 1519 del 28.09.2021

DETERMINA

Per le motivazioni espresse in premessa:

1. Autorizzare la partecipazione all'evento formativo: della Dott. ssa Romina Matto all'evento formativo dal titolo: XXVI congresso nazionale ESRAITALIAN CHAPTER; buone pratiche cliniche" che si terrà a Roma dal 13/11/2021 al 14/11/2021.
2. Autorizzare il Dott. ssa Romina Matto a partire il giorno prima dell'evento formativo per motivi organizzativi.
3. Dare atto che l'importo complessivo presunto € 740,00 (settecentoquaranta euro) ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio – fondo Dirigenza Medica – Dipartimento Emergenza Urgenza - fondi di struttura 2021, di cui risulta verificata la copertura finanziaria.
4. Disporre che la liquidazione dei costi sostenuti dal dipendente venga effettuata previa trasmissione ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione all'evento formativo.
5. Trasmettere la presente Determinazione al Direttore della S.C. Gestione Sviluppo Risorse Umane.

Il Responsabile della S.S.D. Formazione
Dott.ssa Carla Ghiani

Estensore CPSI Dr.

SUB FONDO OK



ARNAS G. Brotzu
Azienda di Rilievo Nazionale
ed Alta Specializzazione

SSD FORMAZIONE

AU BROTZU
NP/2021/7792 del 10/09/2021 ore 10,26
Militare: SC Anestesia e Rianimazione (SM)
Assegnatario: SSD Formazione

Emissione 28/01/2018
Revisione 07/01/2021

Richiesta di Aggiornamento Obblige
Fuori sede



Pagina 1 di 5

LA DOMANDA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE E PRESENTATA DAL RICHIEDENTE ALMENO 15 GIORNI PRIMA DELLA DATA D'INIZIO DELL'ATTIVITA' FORMATIVA

N. protocollo _____

1. Si richiede di autorizzare il dipendente

Dott.ssa/Dott. Sig.ra/Sig.

Nome e Cognome

ROMINA MATTO

Struttura di appartenenza

ANESTESIA E RIANIMAZIONE

Dipartimento

EMERGENZA

Telefono /cellulare



romimatto@yahoo.it

Area contrattuale:

- Comparto
- Dirigenza Sanitaria
- Dirigenza Medica
- Dirigenza Tecnica - Amministrativa - Profes.

Qualifica

DIRIG. MEDICO

Contratto a tempo determinato a tempo indeterminato

Data (gg/mm/aaaa) _____

Nome e cognome del partecipante per assenso

Firma (leggibile) Romina Matto

2. Parere del sovraordinato gerarchico per il personale del comparto

Parere di congruità e compatibilità alle esigenze di servizio:

- Favorevole
- Non favorevole

Motivazione del parere: _____

Firma e Timbro (leggibile) Del Coordinatore per il comparto sanità _____

Fondo:

- fondo di struttura
- fondo strategico Aziendale (vedi punto 5)
- fondo vincolato (specificare denominazione del fondo e allegare resoconto fondo vincolato - Obbligazioni economiche)

Data (gg/mm/aaaa): 08/09/2021

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore di Struttura

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore di Dipartimento

AO Brotzu - Cagliari
DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA

AO Brotzu - Cagliari (P.O.S. MICHELE)
S.C. RIANIMAZIONE
DIRETTORE F.F.
Dott. Maria Fiorella Marcella
M. E. Marcella

Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione G. Brotzu
P.le Ricchi, 1 - 09134 - Cagliari
P.iva: 02315520920
www.aobrotzu.it

SSD Formazione
Responsabile: Dott. S. P. G. G. G.
Tel. 070.539438
Tel. 070.5296.5575-5578-5574
Fax: 070.5296.5594
E-mail: ufficioformazione@aob.it

ARNAS G. Brotzu
Sede SSD Formazione
Corpo G 1° piano
Via Edward Jenner
09121 Cagliari
www.aob.it



Emissione 28/01/2018
Revisione 07/01/2021

Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio
Fuori sede

MO-DG-FOR-017.4
Pagina 2 di 5

3. Dati dell'attività formativa

Titolo: XXVI CONGRESSO NAZIONALE ESRA (EUROPEAN SOCIETY REGIONAL ANESTHESIA) ITALIAN CHAPTER
Sede: ROMA

Data: da (gg/mm/aaaa) 13-11-2021 a (gg/mm/aaaa) 14-11-2021 Durata dell'attività formativa in ore: N. 18

Tipologia evento

Corso corso teorico/pratico Congresso Convegno Seminario frequenza in altra struttura

Organizzatore: ESRA ITALIA

Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA/n. provider

ME CONGRESSI - P.IVA 13082610158

Attività ECM? Sì No Se sì, indicare il numero di crediti ECM assegnati: _____

Allega* il programma e le notizie sui contenuti e gli scopi formativi: Sì No

**Diversamente NON SARÀ POSSIBILE AUTORIZZARE E RIMBORSARE L'AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE.*

4. Preventivo di spesa 740

Ipotesi di spesa totale:

<ul style="list-style-type: none"> Se prevista Iscrizione il dipendente deve informare la segreteria scientifica che la quota deve essere esente IVA: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anticipata dal dipendente (la fattura deve essere intestata al dipendente) <input type="checkbox"/> A carico e fatturata direttamente all'AOB compilare il campo 7. Esenzione IVA <input type="checkbox"/> Non prevista 	€ <u>250.00</u>
• Vitto:	€ <u>120.00</u>
• Pernottamento:	€ <u>200.00</u>
• Viaggio:	€ <u>150.00</u>
<ul style="list-style-type: none"> *Partenza giorno prima <input checked="" type="checkbox"/> *Rientro giorno dopo <input type="checkbox"/> 	
• Altre spese:	€
Totale spesa presunta	€ <u>740.00</u>

*il dipendente chiede sotto la propria responsabilità di essere autorizzato, per motivi legati ai trasporti, alla partenza il giorno prima e/o al rientro il giorno dopo l'evento.

ATTENZIONE: non potranno essere rimborsate spese sostenute senza la consegna delle pezze giustificative in originale



Emissione 28/01/2018
Revisione 07/01/2021

Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio
Fuori sede

MO-DG-FOR-017.4
Pagina 3 di 5

5. Parere del Responsabile della Direzione Aziendale

(Utilizzare questo campo solo Se richiesto utilizzo del Fondo Strategico Aziendale)

Favorevole

Non favorevole

Motivazione del parere:

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore Generale (o suo delegato)

Luogo: _____

Data (gg/mm/aaaa): _____

6. Parere del Responsabile SSD Formazione

Verifica e Parere di fattibilità per competenze dell'Ufficio:

Favorevole

Non favorevole

Motivazione del parere:

Data, _____

Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore SSD Formazione

AO Brotzu - Cagliari
SSD FORMAZIONE
Resp.: Dott.ssa Carla Ghiani



Emissione 28/01/2018
Revisione 07/01/2021

Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio
Fuori sede

MO-DG-FOR-017.4
Pagina 4 di 5

7. Esenzione IVA

(Da inviare alla Segreteria Organizzativa a cura del dipendente)

Alla Segreteria Organizzativa

Oggetto: Partecipazione al corso di aggiornamento obbligatorio

Del dipendente ROMINA MATTO

Si comunica che il dipendente di questa Azienda Ospedaliera Brotzu

è stata/o autorizzata/o a partecipare in regime di aggiornamento obbligatorio alla frequenza del:

Corso corso teorico/pratico Congresso Convegno Seminario frequenza in altra struttura

Titolo: _____

Sede: _____

Data: da (gg/mm/aaaa) _____ a (gg/mm/aaaa) _____

Si chiede pertanto che la fatturazione (fattura non quietanzata) della quota d'iscrizione sia intestata all'Azienda Ospedaliera G. Brotzu, P.le Ricchi 1, 09134 Cagliari – P. IVA 02315520920 e sia emessa senza l'imposta sul valore aggiunto in base al DPR 633/72 e alla L. 537/93 art. 14 comma 10.

Codice univoco FIEFE2

Data, _____

Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore SSD Formazione

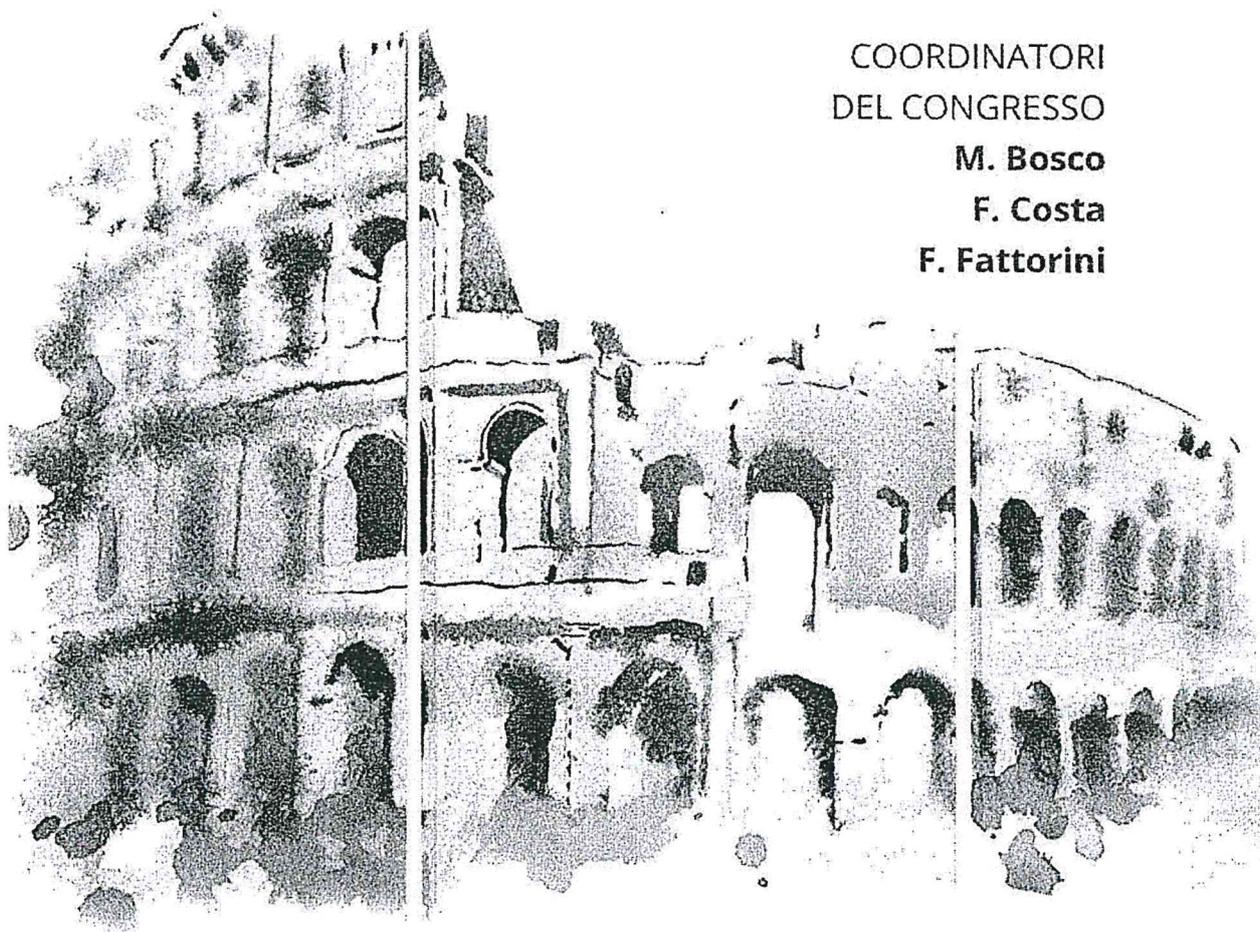
AO Brotzu - Cagliari
SSD FORMAZIONE
Resp.: Dott. ssa Carla Ghiani

XXVI CONGRESSO NAZIONALE ESRA ITALIAN CHAPTER

BUONE PRATICHE CLINICHE

Roma 13-14 Novembre 2021

Roma Eventi Fontana di Trevi



COORDINATORI
DEL CONGRESSO

M. Bosco

F. Costa

F. Fattorini

www.esraitalia.it



European Society of
Regional Anaesthesia
& Pain Therapy

ESRA ITALIA